SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 17 y 15 minutos.)

-Ante todo, quiero poner en conocimiento de la Comisión que la señora Directora General de la Salud, doctora Sica, que se había comprometido a concurrir en el día de hoy para ayudarnos con el tema de enfermedades raras e incluso con este proyecto, si fuera necesario, llamó hoy al mediodía para disculparse porque en la noche tiene que viajar a Colombia en nombre de la Ministra y, por lo tanto, no puede venir.

De cualquier manera, pienso que igualmente podemos avanzar en la consideración del proyecto de ley sobre fertilización humana asistida, si los señores Senadores están de acuerdo.

Dese cuenta de un asunto entrado.

(Se da del siguiente:)

SEÑORA SECRETARIA.- Ha llegado una carta remitida por ATUERU, Asociación Todos Unidos Enfermedades Raras Uruguay, por la que manifiesta su apoyo al proyecto de ley sobre Enfermedades Raras y solicita su pronta aprobación.

SEÑOR PRESIDENTE.- La señora Secretaria va a informar cómo está planificada la sesión del próximo martes.

SEÑORA SECRETARIA.- Ya tenemos confirmada la presencia del señor Subsecretario del Ministerio de Salud Pública, doctor Briozzo, por el proyecto sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida. También está previsto que concurran las representantes de la Comisión de Género y Salud del Ministerio de Salud Pública, las doctoras Rieppi y Grela. Finalmente, de Mujer y Salud en Uruguay, me informaron que están dispuestas a venir cuando las citemos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Me parece que sería bueno que recibiéramos a las organizaciones civiles que están interesadas en este proyecto ya con un texto más elaborado porque, de lo contrario, vamos a estar conversando sobre normas que no sabemos si van a integrar o no el cuerpo definitivo de la ley.

En ese carácter, creo que habría que responderle a esta organización que la vamos a recibir más adelante, si los señores Senadores están de acuerdo.

Como metodología de trabajo propondría repasar lo resuelto en la última reunión que tratamos este tema -es decir, el 25 de abril-, las sugerencias de modificaciones que se hicieron en ese momento y cómo quedan contempladas en una nueva redacción que, creo, ha sido entregada a todos los miembros de la Comisión. Entonces, en función de eso luego seguiríamos adelante.

SEÑORA SECRETARIA.- El artículo 2º es un aditivo, fue desglosado y hay una nueva redacción.

SEÑOR PRESIDENTE.- Podemos ir analizando el texto de este artículo.

Léase.

(Se lee:)

"Artículo 2º. (Alcance).- Las técnicas de reproducción humana asistida podrán aplicarse en las siguientes circunstancias:

a) a toda persona como principal metodología terapéutica de la infertilidad;

b) a parejas del mismo sexo, y

c) en el caso de mujeres con independencia de su estado civil, todo ello de conformidad con lo dispuesto en la presente ley.

Prohíbese todo tipo de discriminación que excluya a los beneficiarios de lo dispuesto en esta ley en función de su opción sexual o su estado civil."

-¿Alguna reflexión con respecto a esta redacción propuesta?

Este texto recoge una sugerencia del señor Senador Lacalle Herrera en cuanto a distinguir en distintos ítems las diferentes situaciones, lo cual le da mayor claridad a la redacción.

La única duda que tengo es si la expresión "todo ello de conformidad con lo dispuesto en la presente ley" alcanza a quienes estén comprendidos en los literales a), b) y c). Poner dicha expresión al final de un literal, ¿es la manera jurídica correcta de hacerlo?

SEÑORA FERRARIS.- Así es.

SEÑOR GALLO.- Este tema lo habíamos discutido. Creo que se había planteado -por lo menos quien habla lo había hecho- que se volviera a analizar el tema de las técnicas de reproducción humana asistida, que específicamente están definidas para casos de infertilidad de pareja, por si cabía la interpretación de que podía haber una técnica para resolver los problemas de infertilidad que tuvieran las parejas compuestas por hombres del mismo sexo. Cuando la pareja del mismo sexo es femenina, una de sus integrantes sí puede acceder a una técnica de reproducción asistida. Eso, de alguna manera, haría más fácil la interpretación de que la técnica de reproducción asistida pudiera emplearse en uno de los integrantes de la pareja. Ahora bien, ¿puede considerarse infertilidad, por definición, el problema que tiene una pareja homosexual masculina? Esa es la duda que tengo. Creo que este punto lo llegamos a plantear, pero no sé si llegamos a alguna conclusión o no. A mi entender, esta redacción ampara, por lo que al menos quisiera seguir analizando y discutiendo este punto, para ver si realmente la interpretación de técnicas de reproducción asistida se puede aplicar a una pareja homosexual masculina, en función de que ninguno de los dos integrantes de la pareja, por su propia biología, está en condiciones de que se le aplique una técnica de este tipo.

SEÑORA FERRARIS.- El uso de técnicas de reproducción humana asistida en parejas del mismo sexo y particularmente en el caso que el señor Senador plantea, de dos hombres, está contemplado en la hipótesis de la gestación subrogada o útero subrogado, que integra este tipo de técnicas que están reguladas en el artículo 1º del proyecto. El tema de la gestación subrogada ya viene planteado en el proyecto original de una forma no muy elaborada; de todos modos, se define que la misma está permitida en el caso de parientes con grado de consanguinidad de primer y segundo grado. A su vez, se establece como delito que se haga a título oneroso, etcétera. Eso está desarrollado -previendo como estaba establecido en el proyecto original- en el Capítulo 5 del proyecto que estamos analizando. En el caso de parejas del mismo sexo y masculino, dentro de las técnicas que define la Organización Mundial de la Salud, la única opción sería la gestación subrogada.

SEÑOR MOREIRA.- ¿A qué se refiere cuando habla de parientes? ¿Se refiere a parientes del miembro de la pareja que no fecunda?

SEÑORA FERRARIS.- Sí, la madre o la hermana, si tiene, y de cualquiera de los dos.

SEÑOR MOREIRA.- Me cuesta entender este punto. Por ejemplo, en el matrimonio los impedimentos dirimentes para esto son los parentescos, es decir, los grados de consanguinidad. Pero aquí se permite la consanguinidad de primer y segundo grado, es decir, la gestación por la madre o la hermana.

SEÑORA FERRARIS.- Se presta el vientre para la gestación; seguramente el procedimiento sea la donación de un gameto, de un ovocito, por parte de un tercero. El proyecto original permitía que, en el caso de parentesco de primer o segundo grado de consanguinidad, la madre o la hermana del hombre -pensando en parejas de dos hombres- pueda gestar en su vientre, pero obviamente que con gametos donados.

SEÑOR GALLO.- Creo que hay que dejar muy bien establecido ese punto, porque puede pasar que uno de los gametos, es decir un ovocito, sea de la pareja, fecundado por un espermatozoide donado. En ese caso, si uno de los ovocitos es de la pareja, el embrión que va a desarrollarse en el útero de la madre genéticamente va a tener correspondencia. Esto es así si es de la madre de la pareja que cede el ovocito, no de la otra.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica.)

SEÑOR PRESIDENTE.- Acá hay dos temas: uno vinculado con la endogamia y otro relacionado con el vínculo entre las personas involucradas, cosa que está tratada más adelante en el proyecto de ley, en el capítulo de filiación, identidad, etcétera. La idea es que avancemos en este tema porque si no, no vamos a salir de los primeros artículos y nunca vamos a poder ver bien la cuestión. Todos entendemos las dificultades que esto plantea.

SEÑOR AGAZZI.- Esto está vinculado a temáticas que están en otros artículos. Entonces, propongo que lo dejemos sin aprobar, así como está redactado, para retomarlo después.

SEÑOR GALLO.- Quiero decir que tengo dudas, y quisiera tener argumentos que me las aclararan, pero de lo que no tengo duda es de que esta redacción del artículo 2º está directamente vinculada con la disposición que refiere al útero subrogado, por lo cual no me parece que puedan tratarse en forma separada. ¿Por qué? Porque acá estamos diciendo que, dentro de las técnicas de reproducción humana asistida, una de ellas es el útero subrogado.

Por otro lado, en el artículo 2º se indica que las técnicas de reproducción asistida podrán aplicarse a las parejas del mismo sexo, donde está la pareja homosexual masculina. Entonces, si hablamos de técnicas de reproducción humana asistida, de útero subrogado y, en el otro artículo, de que para el caso de parejas del mismo sexo -específicamente, para las parejas homosexuales masculinas-, estas tendrían derecho al útero subrogado, a mi entender creo que debemos tener muy claro el tema relacionado con la identidad genética. Quiero tener fundamentos. No creo que podamos tratar estos temas de otra manera que no sea conjuntamente. Es más; considero que si hay que tratar algo primero, es el tema del útero subrogado -es decir, el otro artículo-, dejando bien claro qué es lo que se quiere. Podemos considerar que está bien redactado y seguimos adelante, pero puede suceder que, cuando lleguemos al otro capítulo, exista una interpretación que se dé de bruces contra esto. Personalmente, preciso darme un tiempo para revisar todo esto, viendo las opiniones y consultando bibliografías, porque todavía no lo tengo bien claro.

En realidad, estoy dando opiniones que surgen de la propia discusión, pero me gustaría contar con más fundamentos legales y científicos como para que cuando hablemos del tema útero subrogado, sepamos exactamente hasta dónde se llega, porque puede colidir con aspectos que tienen que ver con la identidad genética. Insisto en que quiero tener fundamentos y por ello sugiero que, si queremos avanzar, dejemos esto para la próxima reunión y nos centremos en el resto del articulado. De esta manera todos tendremos tiempo para informarnos acerca del tema e, inclusive -como dijo el señor Presidente-, podremos citar a la Comisión a algunos expertos en el tema.

(Dialogados.)

-Desde el punto de vista científico es necesario saber cuál es la realidad.

SEÑORA MOREIRA.- Debo decir que estaba de acuerdo con el artículo 2º, pero no había notado que en el artículo 1º se incluye el útero subrogado entre las técnicas; es decir que tiene razón el señor Senador Gallo. Por lo tanto, si vamos a examinar este tema, pediría que se convocara a

representantes de “Mujer y Salud en Uruguay”, la ONG que es experta en los temas de salud sexual y reproductiva, a fin de que emitieran una opinión. A su vez, sería bueno desglosar el artículo 1º, porque con la redacción del artículo 2º es lógico pensar que -como dice el señor Senador Gallo- este aspecto del útero subrogado se vincule luego con la prohibición del artículo 13; los artículos 1º, 2º y 13 son los que aparecen directamente vinculados con este concepto del útero subrogado.

En definitiva, solicito que se convoque a representantes de MYSU y que continuemos avanzando en el análisis del articulado. Me parece que, por ejemplo, con el artículo 3º estaremos de acuerdo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Debo informar a la señora Senadora Moreira que previo a su llegada habíamos resuelto oír las opiniones técnicas del Ministerio de Salud Pública, completar un borrador del proyecto de ley y recién ahí comenzar a recabar las opiniones de las ONG. Consideramos que sus opiniones deben ser consideradas, pero para ello debemos contar con cierto producto para mostrar.

SEÑOR MOREIRA.- Me parece que lo que plantea el señor Presidente es imperativo, porque no debemos olvidar que ahora estamos considerando un proyecto de ley radicalmente distinto al que aprobó la Cámara de Representantes, que es sobre el cual opinaron los especialistas. En aquel entonces se hablaba de parejas heterosexuales con casos de infertilidad o esterilidad, pero ahora se trata también de uniones homosexuales, lo que cambia radicalmente la situación.

Me gustaría escuchar otras opiniones de especialistas porque confieso que soy lego en esta materia y estamos pisando un terreno absolutamente diferente. Ahora cambió radicalmente -reitero- lo que fue el proyecto de ley aprobado en la Cámara de Representante; me refiero a la iniciativa que estamos considerando en el día de hoy.

SEÑOR FERNÁNDEZ.- Creo que es muy importante lo que resolvimos hoy temprano en cuanto a recibir a los técnicos del Ministerio -sobre todo al señor Subsecretario, que es especialista en el tema-, pero también hay que pensar en las Cátedras de la Facultad de Medicina. Personalmente, estoy de acuerdo con la señora Senadora Moreira en cuanto a que hay ONG que están muy especializadas en el tema, que trabajan todos los días en esto y cuyos planteos debemos escuchar, pero también debemos tomar en cuenta las opiniones de la Facultad de Medicina.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tengo alguna información para brindar que me parece que puede ayudar.

Luego de la reunión del 25 de abril, el doctor Montes, que es uno de los propietarios de bancos de gametos, me solicitó una reunión que luego terminó siendo una reunión de trabajo ya que le dije que viniera con el doctor Gerardo Bossano -con el que tengo una muy buena amistad-, que fue compañero de Facultad y es de las personas que más actualizada está en este tema. En esa oportunidad estuvimos revisando el articulado y ninguno de los dos encontró que hubiera un aumento de la probabilidad de endogamia en la fertilización tanto de parejas homosexuales masculinas como femeninas, básicamente por el argumento que dio el señor Senador Agazzi. Es más, me cuestionaron el hecho de que en el literal c) del artículo 2º hiciéramos una discriminación entre mujeres y hombres. Incluso, uno de ellos dijo que tenía varios casos de hombres que habían pedido para tener hijos con su esperma y con un óvulo donado utilizando un útero subrogado. Para complicar aun más las cosas, porque no es un campo en el que la tecnología haya alcanzado su dimensión definitiva, hay casos bastante avanzados de gestación en abdómenes masculinos.

Por tanto, sugiero que aceptemos el consejo del señor Senador Gallo en el sentido de que nos tomemos un tiempo para reflexionar y asesorarnos. Creo que debemos escuchar, en la próxima sesión, al señor Subsecretario de Salud Pública y sus asesores y luego, en una sesión bastante cercana, podemos llamar al doctor Bossano para que nos asesore. De todos modos, me parece que primero debemos resolver algunos temas que no son médicos, como los de identidad o filiación, donde hay cambios enormemente importantes.

SEÑORA MOREIRA.- Señor Presidente: entiendo que si hay vientres subrogados se está produciendo de hecho algún tipo de contrato. No podré determinar aquí si es oneroso o no, pero tal como dijimos

cuando analizamos el proyecto de matrimonio igualitario, ya se están produciendo diversas formas contractuales en las clínicas de fertilización asistida que no tienen ningún control público. Que estas situaciones existan de hecho no quiere decir que nosotros las reproduzcamos en el Derecho.

Entonces, pregunto a las correctoras de la ley, a nuestras asesoras legales, si han incluido algún tipo de figura delictiva para el caso de alquiler de vientres. Si efectivamente este proyecto la introduce, diría al doctor Bossano que probablemente los úteros subrogados estén en una situación que a nuestros efectos sería de ilegalidad. Por consiguiente, su argumento no me satisfaría.

SEÑOR PRESIDENTE.- Voy a hacer una brevísima aclaración.

El doctor Bossano no estaba hablando de situaciones producidas en el Uruguay, sino del estado del arte de la tecnología en el mundo, que es otra historia. Quiero aclarar esto porque, de lo contrario, corremos el riesgo de hacer interpretaciones que no son las correctas.

En virtud de que ha quedado a estudio -por decirlo de alguna manera- el artículo 2º, sugeriría que pasáramos al artículo 3º, en el que también hubo alguna modificación. Se me dice que aquí se le agregó la palabra "prestaciones", por lo que quedaría de la siguiente manera: "El Estado garantizará que las Técnicas de Reproducción Humana Asistida queden incluidas dentro de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud con el alcance dispuesto en la presente ley". Si todos los señores Senadores están de acuerdo con este artículo, seguimos adelante.

Secretaría me informa que el artículo 4º tuvo una pequeña modificación, ya que se le quitó la "y" en el inciso tercero, quedando de la siguiente manera: "Las técnicas o procedimientos de alta complejidad son aquellas en virtud de las cuales la unión entre óvulo y espermatozoide tiene lugar fuera del aparato genital femenino, transfiriéndose a este el embrión resultante". En el último inciso se eliminaron las palabras "o esterilidad".

SEÑORA MOREIRA.- El señor Presidente se imagina que esto es chino para mí, no sé nada de nada, y lo único que me gustaría es que el Ministerio de Salud Pública revisara el artículo 4º en relación con el 3º, porque ambas cosas van unidas: las prestaciones que se dan -es decir, el contenido del concepto de reproducción humana asistida- y las obligaciones del Estado. Personalmente, necesitaría que dicha Cartera diera su conformidad con respecto al artículo 4º, porque yo no puedo hacer ninguna observación sobre eso.

SEÑOR MOREIRA.- El otro día estuvimos hablando de esto porque aquí hay una especie de delegación de competencias, de la ley a la reglamentación, ya que dice: "Dichas técnicas o procedimientos serán subsidiados a través del Fondo Nacional de Recursos con el alcance y condiciones que establecerá la reglamentación a dictarse por el Poder Ejecutivo". Si, por un lado, estamos diciendo que el Estado garantizará que esas técnicas queden incluidas con el alcance dispuesto en la ley y después la ley se remite a la reglamentación, es como dar a la reglamentación un cheque en blanco. Esta técnica legislativa a uno le deja dudas. El otro día dije que esto iba a ser una fuente inagotable de conflictos donde la gente va a estar reclamando, diciendo que le tienen que hacer tal o cual cosa. Me parece que algunos artículos del proyecto de ley son contradictorios y estamos en un terreno de alta complejidad, donde he visto opiniones técnicas de altos jerarcas del Ministerio de Salud Pública que no se muestran muy dispuestos a incluir un colectivo tan enorme de personas como el que se contempla en este proyecto de ley. Por supuesto, me gustaría escuchar qué dicen al respecto, porque le estamos dando un cheque en blanco al Ministerio de Salud Pública para que reglamente y diga esto sí, esto no, a este sí y a este no, este primero, este segundo y este cuarto. Por tales razones, creo que es vital conocer la opinión de la Cartera mencionada.

SEÑOR PRESIDENTE.- La doctora Ferraris me ha pedido la palabra, pero antes de concedérsela quiero hacer dos precisiones. La primera es que aquí hay una distinción en términos del subsidio de los procedimientos de baja complejidad y los procedimientos de alta complejidad. Acerca de los primeros, el inciso segundo del artículo 4º expresa: "Dichas técnicas o procedimientos quedan comprendidos dentro de los programas integrales de asistencia que deben brindar las entidades públicas y privadas que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud". Eso es taxativo. Los de alta complejidad figuran

en el inciso siguiente, que dice: “Las técnicas o procedimientos de alta complejidad son aquellas en virtud de las cuales la unión entre óvulo y espermatozoide tiene lugar fuera del aparato genital femenino transfiriéndose a este el embrión resultante.”

Los siguientes incisos establecen: “Dichas técnicas o procedimientos serán subsidiados a través del Fondo Nacional de Recursos con el alcance y las condiciones que establecerá la reglamentación a dictarse por el Poder Ejecutivo.

Las prestaciones a brindarse incluyen los estudios necesarios para el diagnóstico de la infertilidad”, etcétera. Sin perjuicio de que estoy totalmente de acuerdo con que debemos escuchar la opinión del Ministerio de Salud Pública debido a las implicancias que estos procedimientos pueden tener, creo que en el artículo 4º falta un criterio, algún tipo de lineamiento que oriente esos subsidios, de manera que la potestad reglamentaria del Poder Ejecutivo se oriente según lo que establezca la ley -por ejemplo, en base a las chances de éxito-, sin por ello interferir con lo que se establece al final del artículo 2º: “Prohíbese todo tipo de discriminación que excluya a los beneficiarios de lo dispuesto en esta ley en función de su opción sexual o su estado civil”.

De cualquier manera, me parece que la inquietud del señor Senador Moreira está, en cierta medida, reflejada en lo que acabo de mencionar y en la consulta que la semana próxima le haremos al señor Subsecretario.

SEÑOR AGAZZI.- Para mí, hay un problema en la redacción del artículo 4º, cuyo inciso segundo dice: “Dichas técnicas o procedimientos quedan comprendidos dentro de los programas integrales de asistencia que deben brindar las entidades públicas y privadas que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud y serán financiados por estas.” Esas técnicas o procedimientos se mencionan en el último inciso, que expresa: “Las prestaciones a brindarse incluyen los estudios necesarios para el diagnóstico de la infertilidad así como el tratamiento, material descartable y otros estudios que se requieran, el asesoramiento y la realización de los procedimientos terapéuticos de reproducción humana asistida de alta y baja complejidad, las posibles complicaciones supervinientes y la medicación correspondiente en todos los casos”. Cabe aclarar que lo relativo a la medicación es muy importante.

¿Estas son las prestaciones que deben brindarse?

(Intervención que no se escucha.)

-¿Es de los dos tipos?

SEÑORA FERRARIS.- Con referencia a este último inciso, que describe las prestaciones que deben brindarse, se refiere a los dos casos. La diferencia es que tratándose de procedimientos de baja complejidad, estos van a integrar la canasta, tal como planteaba el propio Ministerio, y en el caso de los procedimientos de alta complejidad, van a ser subsidiados por el Fondo Nacional de Recursos; pero ambos incluyen estas prestaciones, lo que cambia es la fuente de financiación. Entonces, la reglamentación no tiene mucho margen. Imagino que establecerá la cantidad de procedimientos que podrán brindarse en cada caso, pero me da la impresión de que está bastante acotado.

(Intervención del señor Senador Moreira que no se escucha.)

SEÑOR GALLO.- Creo que no podremos avanzar en la consideración de este artículo hasta no escuchar la opinión del Ministerio de Salud Pública, que es el directamente involucrado con esto. Entonces, me parece que no podemos ponernos a elaborar una redacción porque podrá o no estar en línea con la suya. Por eso, propongo que el próximo martes, cuando concurra el señor Subsecretario, le consultemos específicamente sobre este tema para conocer la opinión del Ministerio, por lo cual ahora deberíamos pasar a considerar otro artículo.

SEÑOR PRESIDENTE.- El artículo 5º no fue objeto de modificaciones y ya estaba acordado.

En consideración el artículo 6º, del cual se desglosaron los literales a) y b) a los efectos de elaborar una nueva redacción. En cuanto al literal c), hay acuerdo, pero también hay un literal d).

SEÑORA CAVALLINI.- En el literal a) no hicimos cambios porque debemos resolver qué hacemos con el límite de edad. Quedó desglosado, pero no íbamos a hacer la redacción nosotros; estaba en discusión entre los señores Senadores.

En el b), si no recuerdo mal, se tomaba creo que el artículo 17 con una redacción similar: "Solo podrán realizarse cuando existan posibilidades razonables de éxito y no supongan riesgo grave para la mujer o su posible descendencia. A tales efectos deberá determinarse el buen estado de salud sicofísica de la mujer, de conformidad con las exigencias de un protocolo obligatorio que acredite que no padece enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas trasmisibles a la descendencia". Con eso quedaba salvado lo de los HIV.

SEÑOR GALLO.- Fue el cambio que sugerimos, tomando la definición de la legislación comparada que hay con respecto a este tema, que se redacta de esta manera, generalizando la exigencia del protocolo, pero -concretamente- a enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas trasmisibles a la descendencia. Me parece que contempla y cambia aquel aspecto que generó discusión con respecto a las enfermedades contagiosas o infecciosas que serían incompatibles, cuando hubiera alguna circunstancia que pudiera ser compatible. Me parece que esto contempla el criterio que queríamos manejar. Estoy de acuerdo con esta redacción.

El literal a), a mi juicio, también es discutible. Para tomar una decisión con más fundamento al respecto, debemos tener en cuenta la legislación comparada -que es completamente diferente en cuanto a la edad; hay quien no marca edades y hay quien la limita- y también escuchar la opinión del doctor Bossano cuando nos visite.

SEÑOR PRESIDENTE.- Personalmente, tengo información para aportar, a partir de la visita de los doctores Montes y Bossano, con respecto al límite superior. En relación al límite inferior no existe ninguna duda porque es la práctica corriente en todo el mundo: la mayoría de edad. Acerca del límite superior aportaron una idea muy interesante, que es la que están practicando en este momento en el Uruguay: que a esa edad la expectativa de vida promedio sea superior a 18 años. El fundamento está dado por el interés superior del niño. La expectativa de vida se va modificando a medida que uno va cambiando de grupo de edad. Para los hombres es de 78 años al nacer, pero una vez pasadas la niñez y la juventud, aumenta relativamente. No es un cálculo aritmético. Entonces, en el Uruguay, un varón a los 60 años puede tener una expectativa de vida de 25 años, por ejemplo. Estoy diciendo un número hipotético porque no recuerdo de memoria las cifras exactas. El criterio de ellos es que haya una expectativa de vida -que no es ninguna garantía, ya que la persona puede morir al día siguiente, desde ya-, sobre todo para el hombre, igual o superior a 18 años, a los efectos de que se asegure una buena probabilidad de que el producto de esa gestación tenga un padre que viva durante todo su desarrollo. Para la mujer usan ese mismo criterio pero le agregan otro, que es la capacidad biológica de la gestación.

Esas fueron las notas que yo tomé con respecto a este tema.

SEÑOR FERNÁNDEZ.- Desde el punto de vista de los números, ¿a qué se está refiriendo? Expectativa de vida de 18 años, ¿de qué? No entendí.

SEÑOR PRESIDENTE.- La expectativa de vida al nacimiento, en cualquier población del mundo, es mayor en las mujeres que en los hombres; la esperanza de vivir es de algo más de 80 años en las mujeres y de menos de 80 años en los hombres. Reitero que esa es la expectativa de vida al nacer, o sea, lo que en promedio se espera que un hombre o una mujer vivan en esa sociedad. Ahora bien, supongamos que la expectativa de vida para los hombres es de 75 años. Sin embargo, cuando llegan a los 60 años no les quedan 15 años de esperanza de vida, sino 20 o 24 años. ¿Por qué? Porque ya pasaron una serie de etapas en las cuales podrían haber muerto pero no fallecieron: mortalidad infantil, durante la adolescencia, etcétera. Entonces, lo que plantean estos dos médicos es que la expectativa de vida de la persona que quiere acceder a la reproducción asistida sea, como mínimo, de 18 años.

Hay tablas que usan las compañías de seguros para los seguros de vida, por ejemplo, que indican cuál es la expectativa de vida de un hombre que fue bancario, Senador, etcétera.

SEÑORA MOREIRA.- En las discusiones que hemos tenido sobre este tema he dicho que estoy de acuerdo en que se fije la edad mínima, pero no la máxima; esa es mi posición personal. En cualquier caso, la reglamentación podrá fijarla. Lo que dice el señor Presidente está más cerca de mi postura que la redacción actual del literal a). En realidad, el proyecto que nos llegó solo establecía el mínimo y fue la asesoría legal la que incluyó el máximo. Recuerdo que desde el principio sostuve que no estaba de acuerdo, sobre todo dada la postergación de la edad del primer nacimiento en el caso de las mujeres, que hace que muchas tengan su primer hijo sobre los 40 años y puedan querer tener otro a los 47 o 48 años y, además, porque la expectativa de vida va cambiando.

Por otra parte, las redacciones sobre la edad máxima siempre están referidas a las mujeres y no a los hombres, pero ahora vamos a ser bien igualitarios con los hombres y las mujeres. Si no llegamos a un acuerdo en el sentido de que no haya una edad máxima, podríamos explorar la idea del señor Presidente en el sentido de que, calculado el promedio de la expectativa de vida -eso va cambiando con las generaciones, y esta ley la vamos a redactar para que dure muchas generaciones-, quien acceda a esta clase de técnicas tenga una sobrevida de al menos 18 años. Ahora estamos en 76 y 74 años de expectativa de vida para mujeres y hombres, respectivamente, en el Uruguay. Quiere decir que las mujeres y hombres de estratos medios y medios altos van a vivir entre 84 y 85 años. Por su parte, las mujeres y hombres que hayan vivido en peores condiciones, vivirán menos. Al mismo tiempo se van produciendo saltos en las cohortes generacionales como resultado de la alimentación, las facilidades sanitarias, etcétera, de los nacidos en estos últimos 20 años, a diferencia de los nacidos hace 50 años. Esas expectativas cambian como resultado de las transiciones demográficas, epidemiológicas, etcétera.

Por consiguiente, insisto en que es un error establecer un máximo. Si se quisiera explorar la posibilidad de fijar, como mínimo, 18 años de expectativa de vida promedio, estaría de acuerdo; no así con el máximo, lo cual no obsta para que el Ministerio de Salud Pública, que tiene un interés concreto por saber a quién va a financiar y a quién no -porque por algo habla del éxito-, establezca el máximo en la reglamentación.

SEÑOR MOREIRA.- La verdad es que esto me genera muchas dudas.

De acuerdo con lo que se establece en el literal a), las técnicas de reproducción humana asistida serán de aplicación a toda persona entre dieciocho y cincuenta años, luego de ser previa y debidamente informada por el equipo profesional tratante sobre las mismas. Al parecer, esto refiere a mujeres exclusivamente. ¿Es así?

SEÑORA MOREIRA.- Refiere a personas.

SEÑOR MOREIRA.- Según me acota la señora Senadora, podría tratarse de cualquier persona. Sin embargo, en el literal b) se expresa: “Solo podrán realizarse cuando existan posibilidades razonables de éxito y no supongan riesgo grave para la salud de la mujer o su posible descendencia.” Aquí se habla de la salud de la mujer y de su posible descendencia.

Yendo a lo que decía el señor Presidente, acá estamos hablando, por un lado, de razones de índole sanitaria y, por otro, del nuevo ser que nace y tiene derecho a ser criado en un núcleo familiar -estos nuevos núcleos- en el que la progenitura jurídica perdure, es decir, que no se le mueran los padres a los diez años.

Ahora bien; leídos en forma correlativa los dos literales que acabo de mencionar, parece que hacen referencia a las mujeres exclusivamente. Al menos esa es la impresión que da, por el hecho de que después de los cincuenta años la mujer ingresa ya en una edad muy delicada y es difícil que pueda llevar adelante una gestación. Por otro lado, como dije antes, está el interés superior del niño, algo que está incorporado a nuestra legislación a través de convenciones internacionales y del propio

Código de la Niñez y la Adolescencia. En todo caso, creo que deberíamos hacer una combinación de las dos cosas.

No creo que establecer una edad máxima deba quedar librado a la reglamentación del Ministerio porque me parece que no es materia reglamentaria, pero quizás podría quedar sujeto a un tribunal médico que decidiera en cada caso. Claro que no se trata de algo fácil porque, como ya hemos dicho, siempre será arbitrario fijar una edad, ya sea cincuenta, cuarenta y ocho, cuarenta y cinco o cincuenta y dos años.

Realmente encuentro dificultades en todo esto, no solo por razones sanitarias -y eso vale solo para la mujer-, sino también por la razón del interés superior del niño, que vale para todas las parejas y, por tanto, naturalmente, para los hombres, que siempre somos olvidados en estos temas.

SEÑOR GALLO.- Por mi parte, debo decir que a las dudas que ya tenía, ahora se agregan las que me genera la cuestión que estamos considerando.

¿Por qué tengo dudas? Si vamos a la definición de a quién se podrán aplicar las técnicas de reproducción asistida, vemos que es a la mujer, indudablemente. La fecundación in vitro se aplica a la mujer, y lo mismo la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de cigotos, la transferencia intratubárica de embriones, la criopreservación de ovocitos -célula femenina- y embriones, y la donación de ovocitos y embriones. Todas estas técnicas están dirigidas a la mujer. Acá no se habla de hombres. Por definición se trata, específicamente, de la mujer.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si los señores Senadores me lo permiten, me gustaría hacer algunas reflexiones sobre este aspecto que estamos considerando.

Ante todo, creo que el señor Senador Gallo tiene razón en cuanto a que en el artículo 1º falta, por ejemplo, la donación de espermatozoides -confieso que antes no lo había notado-, sin la cual no hay fertilización in vitro posible. Y este es un punto entre muchos, es decir, es indudable que los hombres están incluidos en este tema, porque sin ellos no hay fertilización humana asistida.

En segundo término, en lo que respecta al literal a) del artículo 6º, creo que el límite superior puede ser igual para hombres y mujeres, pero debe estar dado fundamentalmente por el interés superior del niño, a quien hay que dar las mayores chances posibles de que tenga un hogar en el que pueda criarse.

Otro punto que quiero explicar nuevamente es el siguiente: no solamente la expectativa de vida va cambiando a medida que mejoran las condiciones de vida y de salud de una sociedad, sino que -esto es más difícil de entender- va aumentando a medida que la persona llega a una determinada edad. Voy a utilizar un ejemplo al que se refirieron los dos médicos que me visitaron, quienes me dijeron que han tenido hombres de ochenta años que solicitan el procedimiento de fertilización asistida, pero a quienes se les dice que no porque a esa edad no hay dieciocho años de expectativa de vida por delante. Habrá ocho o nueve; pero no dieciocho. Me refiero a la expectativa de vida medida en años, o sea, al dato que surge de una medición estadística, que es la inversa de la mortalidad específica por edad, para ser técnicamente bien claro. Pienso que ese sería un buen criterio, o sea, puede ser dieciocho años, tal como se está poniendo en práctica en los servicios del país, o una cifra más alta, pero me parece que lo que debe primar es el interés superior del niño. Entonces, lo podemos implementar en las mismas condiciones para el hombre y para la mujer. No veo por qué no.

Por otro lado, la mujer está específicamente protegida por lo que expresa el literal b), que establece: “Solo podrán realizarse cuando existan posibilidades razonables de éxito y no supongan riesgo grave para la salud de la mujer”, etcétera.

Tengamos en cuenta que hay dos situaciones distintas. El límite superior de edad estaría justificado en el interés superior del niño para su crianza. Ahora bien, en el literal b) se tiene en cuenta la salud de la gestante y de su descendencia. Por eso, reitero, establece: “y no supongan riesgo grave

para la salud de la mujer o su posible descendencia. A tales efectos deberá determinarse el buen estado de salud sicofísica de la mujer", etcétera, etcétera, con lo que se incluye el aporte que había hecho en la sesión pasada el señor Senador Gallo.

En mi opinión, estos dos literales están bien, sobre todo con la corrección de la edad superior incluida en el literal a); el literal c) ya lo habíamos acordado previamente; pero además aparece un literal d), que acordamos en la sesión pasada.

En todo caso, le cedemos el uso de la palabra a la doctora Cavallini para que justifique la inclusión del literal d).

SEÑORA CAVALLINI.- Si los señores Senadores me permiten, antes quisiera hacer una aclaración sobre lo que expresaba la señora Senadora Moreira. Si no se prevé el límite máximo de edad, la reglamentación no lo podría hacer; en ese caso, estaríamos yendo más allá de lo que dispone la ley. Dicho de otra manera, si solo se prevé un límite mínimo, después la reglamentación no podría establecer el máximo. Por tanto, sería necesario resolver ese punto y no dejarlo pendiente para la reglamentación.

Con respecto al planteo del señor Senador Gallo en cuanto a cómo estaban definidas en el artículo 1º las técnicas de reproducción humana asistida, debo aclarar que ese concepto lo tomamos del glosario. De todas maneras, el texto refiere: "el conjunto de tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides"; por tanto, los hombres están incluidos.

Yendo al artículo 6º, respecto al literal d) se había cuestionado la eliminación del consentimiento escrito -si no me equivoco, lo planteó el señor Senador Moreira- pero lo agregamos ahora. Por tanto, el literal d) dice: Consentimiento escrito por parte de ambos miembros de la pareja o de la mujer en su caso, para la realización de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida que correspondieren.

SEÑORA MOREIRA.- El señor Presidente plantea una propuesta para cambiar el máximo, según entiendo, para que sea igual para el hombre y para la mujer, basándose en la idea de los dieciocho años de expectativa de vida promedio. Creo que hay razonamientos raros o, por lo menos, contradictorios entre sí. Me parece que las probabilidades de éxito y la cuestión propiamente sanitaria respecto a la salud de la mujer y del niño son las que deberían determinar si el procedimiento se puede practicar. No sé nada de biología, pero me imagino que la edad debe ser determinante para definir estas probabilidades de éxito, así como la salud de la mujer y del niño. Es decir que la cuestión de la edad estaría determinada por el literal b). Si el literal a) queda redactado de esta manera, para mí entraña discriminación, salvo que se haga para hombres y mujeres por igual. Nosotros acabamos de aprobar un proyecto de ley sobre este tema y lo primero que se dice es que el niño va a pasar a la familia biológica. Espero que los señores Senadores tengan conocimiento de que en este país los niños, en general, pasan a las abuelas cuando las madres defeccionan, van presas o por otras razones. En general el INAU da el niño a su abuela y quizás tenga una expectativa de vida horrible. ¡Allá están aquellas abuelas, con 60 años, aguantando cuatro, cinco o seis nietos! No seamos hipócritas, porque en este momento, con la ley que tenemos que privilegia la adopción del niño por la familia biológica, que trata de dejárselo a la familia biológica, estamos llenando a las abuelas de niños. Las abuelas de este país están cuidando niños todos los días. Eso va en favor del interés del niño, así que no me digan que la edad es un argumento prioritario en el interés superior del niño porque no lo es; y no lo es en todo tiempo y lugar, como lo muestra el ejemplo de las adopciones.

SEÑOR MOREIRA.- Tengo una duda desde el punto de vista jurídico. Creo que las abuelas no reciben al niño con todos los efectos jurídicos de una adopción, sino que simplemente muchas veces solo tienen la tenencia. Con respecto a lo que ha dicho la señora Senadora Moreira muchas veces no es responsabilidad del INAU, sino que se trata de una situación de hecho que se da en los núcleos desestructurados, donde hay padres presos y madres que abandonan a sus hijos, y son las abuelas el sostén, y en algunas ocasiones ni siquiera hay participación del Estado. Repito: son situaciones de hecho y muchas veces no tienen ni el auxilio del Estado. Además, esas abuelas son una bendición porque tienen principios morales mucho más arraigados que sus propias hijas o hijos. Es así;

lamentablemente en este clima de desestructuración familiar estamos viviendo estas situaciones. De cualquier modo, acá hay efectos muy importantes de filiación. Por lo tanto, pienso que debemos ser muy cuidadosos y tenemos que buscar un razonable equilibrio entre el deseo de una pareja -ahora también homosexual- de tener descendencia, ya sea por la vía de la fecundación, y los intereses superiores de un niño. Y no es lo ideal que los padres tengan 60 años para criar un niño, porque es muy probable que le falten tempranamente. Creo que hay que buscar un equilibrio. No recuerdo con exactitud, pero quizás las abogadas pueden ayudarme...

SEÑOR PRESIDENTE.- Señor Senador: usted está haciendo uso de una interrupción, por lo tanto, tengo que proteger en el uso de la palabra a la señora Senadora Moreira. Luego hará uso de la palabra el señor Senador Gallo.

SEÑOR MOREIRA.- Estoy planteando dudas.

Respecto al tema de las adopciones, no recuerdo exactamente, pero creo que hay algunos límites de edad, por lo menos relativos a la diferencia de edad entre el niño y los adoptantes.

SEÑORA MOREIRA.- Si me permite hablar, puedo explicarle.

El proyecto de adopción que acabamos de aprobar, en primer lugar, posibilita la adopción plena o semiplena. Lo redactamos con el señor Senador Solari y nos preguntamos: ¿a quién se la damos primero? Concluimos que lo mejor era dársela a la familia biológica. ¿Qué -traduzco- es lo que sucede? Que, en general, se da a la mamá de la mamá, pero puede ir a la hermana o a la prima. En definitiva, nosotros privilegiamos a la familia biológica cuando hacemos la lista de prelación: primero está la familia biológica; y se discute respecto a si después se da a la familia de registro. Entonces, ¿qué hace la ley? Suponiendo que los integrantes de la familia de registro que quiere adoptar tienen 35 años y la abuela 60, la ley se lo da a la abuela porque privilegia otra cosa: el interés superior del niño. Por eso, digo que debemos poner todo en la balanza porque, de no ser así, la edad se va a transformar en un elemento discriminatorio sin más. Claro está que si la edad se va a aplicar a los hombres también, voy a contar con el apoyo de los varones de esta Comisión para que no les prohíban a estos recurrir a técnicas de fertilización asistida después de los 50 años, porque ahí me va a protestar la mitad del Senado. Seguramente encuentre el caso de padres que recurrieron a la fertilización asistida después de los 50 años, pero con esta redacción se los estaría excluyendo.

SEÑOR GALLO.- Con respecto al tema del límite de edad, si no escuché mal -y creo haber escuchado bien-, cuando el Senador Solari consultó sobre el asunto con el doctor Bossano se planteó el tema de la expectativa de vida. Creo que el Senador dijo que el doctor Bossano le había trasmitido que había otra condicionante en la mujer, que era la edad de fertilidad y ese es otro criterio.

No quiero dar opinión a favor o en contra. La mujer podría realizarse una técnica de reproducción asistida dentro de su período fértil, es otro de los condicionantes que expuso el doctor Bossano, según lo manifestó el Senador Solari. Simplemente lo quería dejar planteado.

También quisiera hacer una aclaración sobre lo que decía la doctora Cavallini con respecto a las técnicas de reproducción asistida. Es cierto, en el articulado se dice que el tratamiento y procedimiento incluyen manipulación de ovocitos, espermatozoides o embriones, eso es así, pero para estas técnicas específicas de las que aquí se habla y -como aquí se había dicho- todas estaban referidas a la mujer. Por tanto, me parece que es compatible lo del segundo con lo del tercero porque una cosa es manipulación y otra la técnica en sí que, tal como está redactado, es específica para la mujer.

En cuanto a lo primero, entiendo que se trata de un tema que tendremos que seguir estudiando porque tiene muchas aristas y, por tanto, puede ser analizado desde muchos puntos de vista.

SEÑOR AGAZZI.- No conozco mucho sobre estos temas y, en realidad, considero que uno debería tener información sobre la experiencia en otras partes, antes de razonar como a uno le parece que

debería ser. Me cuesta construir desde lo que a mí me parece pues, en realidad, deberíamos hacerlo desde lo que arroja la experiencia científica. De todos modos, mi razonamiento general es que la reproducción con técnicas asistidas es un fenómeno artificial por defectos de la naturaleza y que, en general, en nuestra especie siempre son convenientes los procedimientos de la naturaleza porque, además, eso es lo que nos ha hecho evolucionar. Por alguna razón uno nace con tantos quilos, se alimenta de tal manera y llega al desarrollo físico, afectivo y a la vida de relación a cierta edad. Entiendo que esta ley debería caminar por la dirección de lo natural porque uno podría tener la tentación de crear, mediante técnicas de reproducción asistida, cosas nuevas como, por ejemplo, tener hijos a una edad más avanzada o comenzar mucho antes. Insisto en que me parece que los mecanismos artificiales existen por defecto de la naturaleza. Uno debería tender a seguir sus ciclos y lo digo por el tema de las edades. Creo, filosóficamente, que toda esta tecnología debería estar orientada a reproducir los ciclos de la naturaleza. Aunque se pueda concebir hijos a los sesenta y cinco años, en la naturaleza esto no es posible, por algo es así y tenemos que respetarla, porque esto es producto de la evolución de la especie. Sus razones tendrá la naturaleza, y a veces uno no puede tener la pretensión de comprenderlo todo o de saber cuáles son las causas. Entonces, me parece que si hay una edad en la que comienza la reproducción y una edad en la que termina, la reproducción asistida debería amoldarse a esto. No sé si está bien pensar en que los padres tengan 18 años de expectativa de vida para que el niño llegue a la edad de adulto; yo más bien lo pensaría a partir del ciclo de vida de los seres humanos y tomaría el criterio de que una mujer puede acceder a las técnicas de reproducción asistida hasta la edad en que las mujeres naturalmente se reproducen y no más allá.

Este es un razonamiento personal, un pensamiento lógico. No sé si está bien en función de los resultados que se obtienen; este es un tema sobre el que hay que hablar con la gente que tiene experiencia al respecto, pero más que pensar racional y fríamente en los años que necesita el niño o hasta cuándo se puede tener hijos, yo pensaría en cómo es el fenómeno natural y trataría de calcarlo en los procedimientos artificiales para no crear una segunda naturaleza artificial, con otras edades y otros tiempos. Esta es la forma como veo este tema desde el punto de vista filosófico y, en ese sentido, me parece bien establecer una edad máxima, aunque las técnicas posibiliten tener hijos después. No defiendo la idea de ir más allá de lo que la propia naturaleza produce. Personalmente me parecía bien establecer el límite en los cincuenta años, porque es difícil que una mujer conciba a esa edad y creo que tampoco sirve ampliar los plazos. Padres muy viejos no pueden tener hijos que tengan una buena vida afectiva, una vida de relación, porque hay una diferencia intergeneracional muy grande. Pero insisto en que es una visión personal que tengo sobre el tema.

SEÑOR PRESIDENTE.- Por mi parte, veo este artículo de la siguiente manera. En el literal a) se establecen las edades mínimas y máximas teniendo en cuenta el interés superior del niño, pero no es el único criterio; también se contempla la responsabilidad de la sociedad, que sea armónico con todo el resto, etcétera. Por eso se establece una edad mínima. En el literal b) se establecen salvaguardias para la mujer, fundamentalmente, y para su descendencia. Luego, en el literal c), se dice que se debe dejar constancia por escrito de cuál es la indicación médica. Este es un concepto bastante técnico: hay que considerar qué está indicado hacer frente a determinada situación. ¿Está indicado operar, dar medicamentos, completar el diagnóstico? ¿Cuál es la indicación? Y en cuarto lugar, se establece el consentimiento escrito para todo procedimiento.

Entonces, lo que quiero transmitirles es que cuando les presenté a los dos médicos, con quienes estuve trabajando en este tema, la redacción propuesta, que decía: “Serán de aplicación a toda persona entre 18 y 50 años luego de ser previa y debidamente informada por el equipo profesional tratante sobre las mismas”, su reacción fue decirme que no es lo que ellos están haciendo. Un hombre o una mujer pueden tener una fertilización asistida a los 60, 70 o, incluso, a los 80 años, y esta va a ser exitosa, pero lo será para los adultos involucrados y no para el producto de esa gestación. El criterio que se ha adoptado y que ha dado buen resultado es que, de las tablas de vida que tienen las empresas de seguros, se toma la expectativa de sobrevida que tiene la persona a la edad en que quiere hacerse el procedimiento. Y si esa expectativa de sobrevida es de 18 años o más, lo consienten, pero si es menor, se niega. La persona insiste, y vuelve a insistir en el procedimiento, pero se le dice que no. Ese es el criterio que trato de recoger en este proyecto de ley, por igual para hombres y mujeres.

Honestamente, no veo que tengamos una contradicción con la ley relativa a las adopciones. Creo que hay muchas abuelas que hacen de madres, al igual que muchas niñas mayores, pero la

expectativa de vida de las abuelas cuando hacen de madre sustituta de sus hijas -quienes por alguna circunstancia dejaron a sus hijos- no es de menos de 18 años, porque son mujeres que tienen 45, 50, 55 o 60 años y la expectativa natural de vida a esa edad es de 20 años o más. Además, estamos hablando de dos fenómenos distintos. Sobre este podemos legislar directamente, mientras que en el otro caso no se puede; es decir, la primacía de la familia biológica es la primacía de la familia biológica. Entonces, no creo que estemos en una actitud hipócrita, sino que en ambos casos estamos considerando el interés superior del niño.

Esto es cuanto quería poner en conocimiento de los miembros de la Comisión.

SEÑORA MOREIRA.- Creo que hace tiempo que este aspecto se separó de la naturaleza; cuando discutimos el proyecto de matrimonio igualitario dijimos que esto ya no tenía nada que ver con la naturaleza, porque esta indicaría que los homosexuales no pueden tener hijos. O sea que esto no es algo referente a la naturaleza, sino que estamos creando otras cosas que no tienen que ver con ella. Insisto: si nos aferramos al principio natural, ahí tendríamos la posición -coherente- del señor Senador Moreira en el sentido de que los homosexuales no pueden tener hijos porque están biológicamente impedidos. Una pareja homosexual está, por su constitución, impedida de tener hijos.

Ahora bien; el proyecto que nos llegó apuntaba a lo que señaló el señor Senador Agazzi, es decir, preveía técnicas de reproducción asistida para aquellas personas que padecían una enfermedad que les impedía tener hijos, pero si cambiamos el texto e incluimos a las parejas homosexuales, ya no estamos en el territorio de la naturaleza. Ahí es donde tenemos problemas, porque si ya no estamos en el territorio de la naturaleza, ¿por qué siempre recurrimos a la naturaleza para justificar los literales, los artículos, etcétera? Y si se establece un máximo de edad también se está recurriendo al principio de la naturaleza.

No sé nada sobre el tema, pero tengo mi posición, y la tengo como mujer: en este caso, represento a las mujeres grandes. Tengo 53 años, por lo que aquí sí estoy como representante de un sector. Si las mujeres actualmente han atrasado la edad de inicio para tener hijos y los tienen biológicamente a los 48 o 49 años, no voy a fijar el límite para la reproducción asistida en 50 años. La verdad, me niego a tal cosa porque si no sería una farsa; si los pueden tener hoy, ¿por qué les voy a poner ese límite?

Estoy de acuerdo con lo que planteó el señor Presidente y es por una simple razón: porque en su proposición iguala al hombre con la mujer. Entonces, si el señor Presidente propone que como mínimo sean los 18 años en ambos casos, ahí entramos en otra discusión que tienen que ver con el interés del niño, etcétera.

Por otro lado, recuerdo que muchas de las abuelas que tienen esos niños en adopción son pobres, y tienen una sobrevida menos que las abuelas ricas. Hace dos o tres semanas se publicó un extenso artículo en *Brecha* sobre una muchacha que mataron colgándola de un árbol, que había tenido hijos y que a su vez era hija de una madre que había estado presa, que salió de la cárcel más drogadicta de lo que había entrado y que nunca se ocupó de los hijos. Esta abuela quedó con ocho hijos a cargo y a los 62 años murió. Ella era pobre, recibía algunas cosas del Estado, tenía una esperanza de vida menor y además tuvo que criar hijos, nietos y bisnietos. Esas situaciones -recomiendo leer el artículo de *Brecha*- se producen todos los días. En realidad, considero que este proyecto entraña muchas complejidades y quiero aportar a ello.

Por tanto considero que, o no se fija una edad máxima o se busca un máximo que sea igual para hombres y para mujeres. Sé que de ese modo voy a contar con la coalición de los hombres, pues ellos no van a permitir que se apruebe un proyecto que les impida recurrir a la reproducción asistida más allá de los 50 años. Mi única alternativa sería, entonces, una cuestión no discriminatoria. La propuesta me parece razonable, aunque mi principio original es que no haya límite máximo. De todos modos, todo esto es tremendamente opinable.

SEÑOR PRESIDENTE.- No creo que haya en la Comisión alguien que en este momento esté defendiendo el límite superior de 50 años; en ese sentido, me parece que hay bastante consenso en

que el límite superior puede ser igual para hombres y para mujeres. Además, considero que ese límite debe estar vinculado a la expectativa de sobrevida, de tal manera de garantizar cierta probabilidad de que la criatura tenga una crianza. Por otra parte, creo que el argumento adicional de la salud de la mujer debe estar protegido por el literal b); pienso que sería una solución muy adecuada. Dicha redacción sería más o menos así: "Artículo 6º.- (Requisitos). La realización de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida deberá llevarse a cabo dando cumplimiento a los siguientes requisitos: a) Serán de aplicación a toda persona entre dieciocho años y aquella edad en la cual la expectativa de vida sea como mínimo de dieciocho años, luego de ser previa y debidamente informada por el equipo profesional tratante sobre las mismas". A continuación, seguirían los literales b), c) y d).

SEÑOR MOREIRA.- De acuerdo a lo que decía el señor Presidente hace unos momentos, que mencionaba la edad de 76 y 78 años, en esta hipótesis cambiaríamos esas edades a 58 y 60 años.

SEÑOR PRESIDENTE.- No, porque una cosa es la expectativa de vida al nacer, y otra diferente es la expectativa de vida que tiene un hombre o una mujer a los 60, 65 o 70 años. Es decir, no es un descuento matemático.

(Se suspende momentáneamente la toma de la versión taquigráfica.)

SEÑOR AGAZZI.- Es evidente que la reproducción humana asistida no es un mecanismo natural porque, si no, no sería asistida; es por defecto de la naturaleza. Pero mi punto de vista -y lo voy a sostener aunque sea solo, no obstante lo cual me voy a avenir a lo que la Comisión resuelva- es que en la evolución de un ser humano, desde que nace hasta que muere, hay una serie de etapas en la que se dan una cantidad de procesos físicos, hormonales, de desarrollo biológico, etcétera, además de procesos que tienen que ver con los afectos, la vitalidad, la capacidad intelectual, la cantidad de neuronas que vamos gastando en la vida y la energía de que disponemos según la edad que tengamos. Rescato la importancia de ese proceso, pero no por naturalista; lo produjo la naturaleza, pero lo rescato, y no me parece razonable que una persona que está en un grado muy avanzado de ese desarrollo que la naturaleza nos dio tenga un hijo en estas condiciones, porque no va a estar en la mejor situación para el desarrollo afectivo de ese hijo, ya que va a haber una diferencia muy grande en la vitalidad, en la capacidad de razonar, en la vida de relación, en cómo reciben información del mundo, etcétera. Yo digo que la naturaleza es sabia. Existe una diferencia entre generaciones; nosotros tenemos una diferencia generacional con nuestros hijos: sentimos, entendemos, interpretamos y razonamos según nuestra época nos formó, y nuestros hijos lo hacen según los formó a ellos la sociedad en la que se desarrollaron. Hay, entonces, una diferencia generacional, y si es muy grande, es mala para el hijo, no por naturalista, sino porque no se respetan los ciclos.

Personalmente, pienso que debe haber una edad máxima por lo que acabo de exponer, y no porque esté aferrado a que esto es natural porque, de hecho, no lo es.

SEÑOR MOREIRA.- En esa línea de razonamiento, quiero refrescar lo siguiente.

He visto que hay edades límite para donar órganos, por razones biológicas, e inclusive las hay para donar sangre. Por eso no comparto lo de los 18 años. Esto parece más complejo que donar sangre o un órgano, sobre todo en el caso de la mujer.

SEÑORA MOREIRA.- Están los llamados hijos de la vejez, es decir, aquellos vástagos tardíos de una pareja. En general, si hay diferencia de edad entre el hombre y la mujer, es un indicador de patriarcalismo: cuanto más grande sea la diferencia de edad entre el hombre y la mujer, mayor patriarcalismo va a haber. Al respecto, se hizo un estudio -en el que participé- sobre variables actitudinales y cultura patriarcal referida al comportamiento anticonceptivo. Lo que digo es que en una pareja con diferencia de edad patriarcal -es decir, con más de doce años de diferencia entre el hombre y la mujer- los vástagos tardíos son de padres viejos y son hijos normales; son los llamados "hijos de padres viejos". Yo soy una hija de padres viejos, soy la tercera de un padre que se casó tardíamente, pero de estos casos el Uruguay está lleno y hemos sido bastante normales, los genes están todos en orden. Pensemos que la paternidad tardía biológica ya la tenemos, incluso por lo que decía el propio señor Senador Moreira, porque los hombres pueden procrear hasta edades avanzadas. Reitero que

biológicamente esto ya lo tenemos; en todo caso, no seamos más reaccionarios de lo que ya somos con todo lo que está pasando.

De todas formas, quiero decir que esta es una de las cuestiones más apasionantes que hay y creo que estamos dando una discusión de gran nivel, ya sea que sepamos o no del tema. Creo que acá todos estamos dando nuestra opinión con gran soltura e, incluso, me gustaría saber qué dicen, por ejemplo, las feministas, el Ministerio, etcétera. Insisto en que se trata de una discusión muy profunda que pocas veces hay en las Comisiones, donde tenemos que votar y discutir muy apresuradamente los proyectos de ley; en muchas ocasiones no contamos con el espacio ni el tiempo suficientes como para discutir con esta hondura. Por lo tanto, quiero felicitar el trabajo de esta Comisión.

SEÑOR PRESIDENTE.- Vamos a acordar que este literal a) quede en suspenso hasta que tengamos la oportunidad de consultar, por un lado, a técnicos que estén trabajando en el tema de fertilización humana asistida y, por otro, a juristas que se dediquen al tema de legislación comparada, Derecho de Familia, etcétera.

Léase el artículo 7º.

(Se lee:)

"Artículo 7º.- (Suspensión de las técnicas de reproducción humana asistida). La mujer a la que se le apliquen estas técnicas de reproducción humana asistida podrá disponer que se suspendan las mismas antes de la fecundación del óvulo. Tal manifestación de voluntad deberá hacerse por escrito y con los mismos requisitos que se siguieron para consentir."

En consideración.

SEÑOR GALLO.- Esto fue consecuencia de una consideración que hicimos con respecto a que no puede ser de otra manera sino antes de la fecundación del óvulo, porque después de ella ya estamos en período de embarazo y esta situación ya está regida por una ley de salud sexual y reproductiva. En definitiva, no puede haber otra redacción que esta.

(Dialogados.)

SEÑOR PRESIDENTE.- Me gustaría recordar que yo había planteado la posible interpretación de que esta limitación a que la mujer pueda desistir le impedía acogerse a la interrupción voluntaria del embarazo. Tal como está redactado este artículo, la capacidad de terminar con la gestación está limitada por el momento de la fecundación del óvulo; de ahí para adelante, no. Esta es una interpretación posible.

Creo que si se quiere evitar que haya dificultades de interpretación habría que hacer una mención específica diciendo, por ejemplo: "sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley Tal". Aclaro que no estoy de acuerdo con la interrupción voluntaria del embarazo, pero me parece que es un tema que habría que aclarar.

SEÑOR FERNÁNDEZ.- ¿Esto no queda claro en lo que está planteado?

SEÑOR PRESIDENTE.- La ley de interrupción voluntaria del embarazo habilita a la mujer a interrumpir el embarazo por su propia decisión en las primeras doce semanas, pero acá se dice que no puede desistir después de la fecundación del óvulo. Entonces, si no puede desistir después de la fecundación del óvulo, ¿puede abortar? Cabe esa pregunta, salvo que se diga expresamente que sí puede hacerlo.

SEÑOR MOREIRA.- Desiste de que se le apliquen las técnicas; no desiste del embarazo. Lo del aborto empieza a regir después; luego de que hay gestación entramos en el campo de la ley de

despenalización del aborto. A mi entender, ni siquiera hay que mencionarlo. ¿Cuándo empieza a regir la ley la despenalización del aborto? Después de la concepción.

SEÑOR PRESIDENTE.- Lo que dice la ley es que la mujer a la que se le apliquen estas técnicas de reproducción humana asistida podrá disponer que las mismas se suspendan antes de la fecundación del óvulo. Luego de la fecundación del óvulo hay un embrión y, por tanto, no puede disponer que se interrumpa el proceso; sigue siendo fertilización asistida. Entonces, si no se hace mención a la ley de despenalización del aborto, va a haber una cantidad de gente que va a decir que está prohibido por el artículo 7º de esta ley. Me parece que esa es la interpretación natural; no tiene otra posible.

SEÑOR MOREIRA.- No veo ninguna posibilidad de confusión. Cuando se fecunda el óvulo, ¿para qué le van a aplicar las técnicas? Después que está fecundada, si quiere disponer un aborto lo hace.

SEÑOR PRESIDENTE.- Con esta redacción no puede.

SEÑOR MOREIRA.- ¿Qué tienen que ver las técnicas de reproducción asistida con el aborto?

SEÑOR PRESIDENTE.- Porque la técnica de fertilización humana asistida no termina con la fecundación. Necesita un implante, medicación.

(Se suspende momentáneamente la toma de la versión taquigráfica.)

-El artículo 8º se eliminó, por lo que corresponde pasar a considerar el nuevo artículo 8º, que es el anterior 9º. Es el primer artículo del Capítulo “De la transferencia de embriones y conservación de gametos”.

Sugeriría que, por lo menos, revisáramos lo que acordamos en la sesión pasada, porque, de lo contrario, parecería que cada vez vamos más para atrás.

Este artículo está acordado y el 10 también, con un cambio en el segundo inciso.

SEÑORA MOREIRA.- No pretendo ser molesta, pero quisiera saber cuál es la fundamentación científica de transferirse al útero solamente dos embriones por ciclo, salvo expresa indicación médica, en que podrán transferirse un máximo de tres embriones.

SEÑOR GALLO.- El doctor Bossano planteó -lo leí en la versión taquigráfica de una sesión a la que él concurrió- que había que tener mucho cuidado con el límite de embriones, porque no todos los embriones que se implantan tienen éxito. Entonces, si uno tiene un número muy limitado de embriones para el procedimiento puede quedarse sin embriones, porque los procedimientos no se pudieron concretar por la falla. Entonces, el problema consiste en establecer cuál es ese límite de embriones porque, por otro lado, si este no existe -por la otra explicación- se puede dar lugar a que haya una implantación del primero y del segundo y sobren cinco, seis o siete que haya que desechar, con toda la connotación que ello implica. Entonces, el número debe ser equilibrado con las posibilidades de implantación, que es algo que está directamente relacionado a que, si la implantación es rápida, no queden embriones que en definitiva haya que desechar o mandar a un banco, pero esa es otra discusión.

SEÑOR PRESIDENTE.- Me gustaría intervenir porque tengo alguna información adicional de la visita que me hizo el doctor Bossano.

Complementando la contestación a la consulta de la señora Senadora Moreira, quiero decir lo siguiente. Históricamente, en la fertilización *in vitro* se acostumbraba a transferir una cantidad mayor de embriones por ciclo y de ahí resultaban embarazos cuádruples, quíntuples, algunos con malformaciones, otros no, es decir, toda una complicación desde el punto de vista tecnológico. Con respecto a la cantidad de embriones que se pueden obtener de los óvulos sacados de una mujer, se

trata de que no queden embriones no utilizados, porque descartar embriones plantea problemas éticos muy importantes, ya que son seres humanos con potencial de desarrollo. Hoy por hoy, con esta metodología de transferir dos embriones por ciclo -y, en realidad, se hacen nada más que dos o tres intentos por mujer- los embriones no utilizados que quedan son muy pocos, van a un banco de donación, y prácticamente hace años que no se descarta ningún embrión en el Uruguay. Es decir que contamos con lo mejor desde el punto de vista de no tener embarazos gemelares o multigemelares, y también tenemos lo mejor desde el punto de vista de que no se descarten embriones, que son vidas potenciales.

Quiero hacer una sugerencia a las asesoras jurídicas, en el sentido de que estas no son condiciones para la inseminación, sino que lo son para la transferencia embrionaria, por lo que aquí habría que cambiar el *nomen iuris*.

En consideración el artículo 9º, sobre el cual había acuerdo, aunque con una pequeña modificación en la última frase del inciso segundo, que quedó de la siguiente manera: "De no aceptarlas, únicamente se procederá a la inseminación de un máximo de tres ovocitos".

SEÑORA MOREIRA.- En caso de que la mujer no estuviera en condiciones o se negara a recibir sus embriones, ¿tendría que donarlos a alguien?

(Dialogados.)

-Estoy hablando de la negativa o imposibilidad superviniente de recibir embriones. Supongamos que una mujer logra quedar embarazada en el primer intento de fecundación in vitro y quedan dos embriones descartados. Si fuera mi caso, no me gustaría tener que donarlos; quizás podría reservarlos o eliminarlos, pero no estoy de acuerdo con que me obliguen a donarlos. ¿Cómo se puede obligar a alguien a donar embriones?

SEÑORA FERRARIS.- Así venía en el proyecto.

(Dialogados.)

SEÑORA MOREIRA.- No, no me parece. De repente, no estoy entendiendo bien la situación. Supongamos que con mi esposo nos sometemos a un tratamiento de fecundación *in vitro* y se generan tres embriones, de los cuales me implantan uno y quedo embarazada. Los otros dos no quiero donárselos a nadie, y no me parece bien que la ley me obligue a hacerlo; prefiero descartarlos, porque fueron creados para que yo tuviera un hijo, o guardarlos por la eventualidad de que quisiera tener otro hijo, aunque no sé cuánto duran crioconservados.

SEÑOR PRESIDENTE.- *In aeternum.*

SEÑORA MOREIRA.- Prefiero que se descarten.

SEÑOR PRESIDENTE.- Veamos: la señora Senadora Moreira está planteando varios problemas. Uno de ellos es el plazo durante el cual tiene que ser respetada la voluntad de la mujer de disponer de sus embriones para sí misma, en caso de que fallen un primer y un segundo intento. Eso también fue señalado -confieso que no lo había tomado en cuenta- por los doctores Bossano y Montes, quienes sugieren una redacción distinta que diga: "Transcurrido un plazo de equis años" -ellos manejan un lapso de tres años- "desde el inicio de los procedimientos mencionados en los artículos anteriores" -o sea, desde el inicio del tratamiento de fertilización humana asistida- "y en el caso de que la mujer no estuviere en condiciones o se negare a recibir los embriones, deberá procederse a la donación de los mismos". Quiere decir que ellos están de acuerdo en establecer un plazo y en desacuerdo con que se puedan destruir por la propia voluntad de quien haya aportado los gametos.

SEÑORA MOREIRA.- Pero si no los puedo usar, ¿por qué no se pueden descartar? Yo prefiero que se descarten.

SEÑOR MOREIRA.- Porque se trata de un ser vivo.

SEÑORA MOREIRA.- Sobre esto tenemos posiciones distintas. Yo no quiero que me obliguen a donar embriones.

SEÑOR PRESIDENTE.- Creo que este es un tema muy sensible y la señora Senadora está planteando una inquietud que es razonable. Personalmente, no estoy de acuerdo con su planteamiento, pero debo reconocer que es razonable, por lo cual tendríamos que intercambiar opiniones.

Si los señores Senadores están de acuerdo, podríamos discutirlo en la próxima sesión. Por lo tanto, queda postergada la consideración del artículo 9º.

-No habiendo más asuntos, se levanta la sesión.

(Es la hora 19 y 29 minutos.)